DE

N° 149.

LA BRONCHITE CHRONIQUE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 5 juillet 1830, *pour obtenir le grade de Docteur en médecine;*

PAR G.-C.-J. LACOUR, né à Faverois,

Département du Haut-Rhin;

Bachelier ès-lettres; Bachelier ès-sciences; Élève de l'École pratique.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1830.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL, *Président.*
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN, *Examinateur.* ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND, *Suppléant.*
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	
Clinique médicale	CAYOL, *Examinateur.* CHOMEL, *Examinateur.* LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER. DUBOIS. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Baudelocque.	Dubled.
Bayle.	Dubois.
Berard.	Gerdy.
Blandin.	Gibert.
Bouillaud.	Hatin.
Bouvier.	Lisfranc.
Briquet.	Martin Solon, *Examinateur.*
Brongniart.	Piorry.
Cloquet.	Rochoux, *Suppléant.*
Cottereau.	Sandras, *Examinateur.*
Dance.	Trousseau.
Devergie.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON ONCLE,

P.-J. LACOUR,

Docteur en chirurgie.

Témoignage de ma reconnaissance.

G.-C.-J. LACOUR.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/delabronchitechr0005unse

DE

LA BRONCHITE CHRONIQUE.

Les phlegmasies des bronches ont, de tous temps, fixé l'attention des médecins, tant à raison de leur extrême fréquence, que de la gravité dont parfois elles sont accompagnées. Les anciens nosographes ne les ont étudiées que sous le rapport de leurs phénomènes fonctionnels : ils ont connu, et décrit dans leurs ouvrages, comme autant de maladies distinctes les différentes formes symptomatiques de la bronchite, et ils ont exposé les moyens thérapeutiques par lesquels ils les combattaient. C'est uniquement aux recherches nécroscopiques des pathologistes modernes qu'est due la connaissance des lésions organiques diverses que l'inflammation chronique produit dans les parois des conduits aérifères du poumon; ce sont les travaux et les inventions des modernes qui ont surtout éclairé le diagnostic des maladies des organes de la respiration, et qui l'ont élevé au degré de perfection où il est parvenu.

Caractères anatomiques. La membrane muqueuse trachéo-bronchique affectée de phlegmasie chronique présente une teinte rouge-brunâtre, violacée, livide. Cette coloration anormale se rencontre sous plusieurs formes différentes: tantôt c'est une arborisation, une injection fine siégeant dans la membrane muqueuse et le tissu cellulaire sous-jacent; d'autres fois elle est uniforme, également répartie

dans un espace plus ou moins étendu : elle peut être encore disposée par zones, par plaques isolées plus ou moins nombreuses, dans les intervalles desquelles la membrane muqueuse paraît parfaitement saine. Ce n'est que dans un très-petit nombre de cas que cette altération de couleur existe dans toute l'étendue de la membrane muqueuse trachéo-bronchique ; elle n'en occupe ordinairement qu'un espace plus ou moins considérable : elle peut être bornée à un seul poumon, quelquefois à un seul lobe, et dans ce cas particulier, c'est le lobe supérieur du poumon droit le plus fréquemment affecté. Son siége le plus habituel est la fin de la trachée-artère et les premières divisions bronchiques ; c'est dans ce point qu'elle présente son maximum d'intensité : elle diminue à mesure que l'on descend dans des ramifications bronchiques plus petites : dans quelques cas cependant on observe une disposition inverse.

En même temps que la membrane muqueuse présente cette coloration anormale, son épaisseur est sensiblement augmentée. Cet épaississement de la membrane muqueuse bronchique s'observe à des degrés variables. Lorsque l'inflammation chronique, dont il est le résultat, a persisté pendant plusieurs mois, pendant plusieurs années, il peut être assez considérable pour diminuer notablement le calibre des tuyaux aérifères, et même l'oblitérer complètement. Ce rétrécissement des bronches n'existe que dans un espace peu étendu ; l'augmentation d'épaisseur de la membrane muqueuse n'est pas toujours la seule condition qui lui donne naissance : dans la plupart des cas il est produit par l'hypertrophie simultanée de la membrane muqueuse et des tissus fibreux et cartilagineux sous-jacens.

Loin de déterminer dans tous les cas le rétrécissement des tuyaux bronchiques par l'augmentation d'épaisseur de la membrane muqueuse, l'inflammation chronique produit quelquefois un genre d'altération opposé, la dilatation des bronches. On distingue deux formes de dilatation des bronches : une où plusieurs bronches, quelquefois toutes celles d'un lobe pulmonaire présentent dans toute leur étendue une augmentation plus ou moins considérable de capacité ; dans la

seconde forme, on observe dans un point quelconque du trajet d'un tuyau bronchique un renflement plus ou moins considérable, d'où résulte une cavité quelquefois assez vaste pour contenir une noix. Cette forme de dilatation des bronches est appelée *dilatation circonscrite*, par opposition à la première, que l'on désigne sous le nom de *dilatation uniforme;* elle est uniloculaire ou multiloculaire, selon qu'il existe un ou plusieurs renflemens circonscrits. Dans l'un comme dans l'autre cas, les parois des bronches dilatées sont notablement épaissies, et cet épaississement résulte de l'hypertrophie simultanée des trois tuniques qui concourrent à les former. La dilatation des bronches ne s'observe jamais qu'à la suite de bronchites qui ont persisté pendant long-temps. Cette lésion particulière reconnaît pour cause l'inflammation chronique, qui, dans certains cas, diminue la résistance des parois bronchiques en déterminant un léger degré de ramollissement dans les tissus qui les forment : les parois bronchiques, ainsi affaiblies, finissent par céder à la longue à l'effort de distension exercé sur elles par l'air comprimé pendant les secousses de la toux, et leur nutrition étant en même temps modifiée, elles s'hypertrophient; alors, selon que l'inflammation occupe toute l'étendue d'un tuyau bronchique, ou seulement un espace limité, la dilatation est uniforme ou circonscrite.

On ne rencontre que très-rarement dans la bronchite simple des ulcérations de la membrane muqueuse ; ce genre d'altération est, au contraire, presque constant, lorsque la bronchite complique des tubercules pulmonaires. Ces ulcérations se présentent toujours sous la même forme ; elles sont exactement circulaires, ont d'une demi-ligne à une ligne de diamètre, et occupent toute l'épaisseur de la membrane muqueuse.

Aux altérations de structure des bronches précédemment indiquées il faut joindre, comme étant dans quelques cas le résultat de la bronchite, une lésion qui a son siége dans le parenchyme pulmonaire lui-même, c'est l'emphysème vésiculaire du poumon décrit par *Laënnec*. L'emphysème vésiculaire du poumon peut reconnaître pour cause une

inflammation, soit aiguë, soit chronique de la membrane muqueuse bronchique : dans l'un et l'autre cas, le mécanisme de sa production n'est pas le même. Dans la bronchite chronique, l'emphysème ne devient manifeste par ses symptômes qu'après une durée de plusieurs mois, de plusieurs années de la maladie : dans ce cas, la dilatation des vésicules aériennes est l'effet mécanique de l'effort de distension exercé sur les parois de ces vésicules par l'air comprimé pendant les secousses de la toux fréquemment répétées. Dans la bronchite aiguë, l'emphysème peut se développer dans l'espace d'un petit nombre de jours : dans ce cas, il se produit lorsque la maladie occupe les dernières ramifications bronchiques, et que les crachats sont doués d'une grande viscosité; cette dernière circonstance a toujours lieu si la phlegmasie est très-intense, la viscosité du produit de la sécrétion de la membrane muqueuse pulmonaire enflammée étant en raison directe de l'acuité de l'inflammation. Quand ces conditions existent, l'air, pénétrant dans les vésicules pulmonaires pendant l'inspiration qui précède la toux, n'en est pas complètement expulsé pendant l'expiration, de sorte qu'à chaque nouvelle inspiration la quantité d'air renfermé dans les vésicules tend à augmenter; on voit alors fréquemment se développer avec rapidité un emphysème qui, lorsqu'il envahit une grande étendue du poumon, devient nécessairement mortel, et qui, s'il est limité à un espace peu considérable, rend le sujet asthmatique.

Caractères physiologiques. Telles sont les altérations organiques produites par l'inflammation chronique des bronches : elles se manifestent, pendant la vie de l'individu, par des altérations de fonctions dont le nombre et l'intensité varient suivant une foule de circonstances. De ces altérations de fonctions, les plus remarquables sont, la toux, l'expectoration, la dyspnée, et les modifications particulières que subit le bruit de la respiration.

La toux est le phénomène fonctionnel le plus constant de la bronchite chronique; ce symptôme ne lui appartient pas exclusivement,

on l'observe dans toutes les maladies des organes de la respiration. Elle est loin de présenter les mêmes caractères chez tous les individus, dans toutes les formes de la maladie : elle se reproduit ordinairement sous forme de quintes, qui, dans beaucoup de cas, reparaissent périodiquement à certains temps de la journée, dans les intervalles desquels les malades en sont complètement exempts ; c'est surtout le matin et le soir que les quintes sont plus fréquentes. Chez les enfans, la toux est généralement facile ; chez les vieillards, elle est souvent pénible, laborieuse, fatigante.

La membrane muqueuse trachéo-bronchique, dans l'état de phlegmasie chronique, devient le siége d'une sécrétion morbide, dont le produit présente, dans les diverses formes de la maladies, les différences les plus remarquables sous le rapport de la qualité et de la quantité. Dans le plus grand nombre des cas, les matières expectorées consistent en un mucus légèrement visqueux, opaque, blanc, ou jaunâtre, ou verdâtre, inodore et insipide. Ce n'est que très-rarement qu'on observe une absence complète de l'expectoration.

Lorsque la phlegmasie chronique des bronches n'a pas envahi une grande étendue, lorsque surtout elle n'occupe point les dernières ramifications bronchiques, et que la membrane muqueuse n'est que légèrement tuméfiée, la respiration du malade n'est ni gênée ni accélérée : dans toute autre circonstance, il existe une dyspnée plus ou moins intense. Quand cette dyspnée est légère, elle ne se manifeste en général que d'une manière intermittente, pendant certains états atmosphériques, lorsque le malade se livre à quelque exercice pénible.

Le bruit déterminé par l'air en pénétrant dans les conduits destinés à le recevoir présente toujours de notables modifications. Dans les points correspondans au siége de la maladie, le bruit naturel de la respiration est faible, quelquefois même complètement nul : il est remplacé par un bruit particulier qui se produit dans les tuyaux bronchiques, et qui est désigné par *Laënnec* sous les noms de *râle sibi-*

lant, râle sonore, et, par M. *Andral*, sous celui de *râle bronchique sec, aigu* ou *grave*. Ce râle bronchique sec reconnaît pour cause l'épaississement de la membrane muqueuse, et on ne l'entend que dans les cas où les bronches ne contiennent point de liquide ; lorsqu'elles en renferment, c'est le *râle muqueux* (Laennec), ou *râle bronchique humide* (M. Andral), à bulles plus ou moins grosses, qui remplace le bruit naturel de la respiration, en même temps la poitrine conserve sa sonoréité normale.

Ce sont là les altérations de fonctions les plus générales de la bronchite ; aucune ne peut être considérée comme signe pathognomonique de cette maladie : ce n'est que par la considération de leur ensemble et de l'absence des symptômes d'autres maladies que son diagnostic peut être établi.

Chacune des altérations organiques particulières, résultat de l'inflammation chronique des bronches, est accompagnée de lésions fonctionnelles spéciales à l'aide desquelles son existence peut être reconnue avec plus ou moins de certitude. Lorsqu'un tuyau bronchique est considérablement rétréci, ou complètement oblitéré par l'épaississement de la membrane muqueuse, on n'entend dans le point correspondant ni le bruit naturel de la respiration, ni aucune espèce de râle, en même temps que la poitrine conserve sa sonoréité normale. Si la bronche rétrécie ou oblitérée est volumineuse, s'il y en a en même temps plusieurs, il existe de la dyspnée. Ces phénomènes n'appartiennent pas exclusivement à l'oblitération des bronches ; on les observe dans quelques autres circonstances, lorsqu'un conduit bronchique est momentanément obstrué par un crachat ou comprimé par une tumeur quelconque. Lorsqu'il existe une dilatation uniforme de plusieurs bronches, on entend dans le point correspondant un râle bronchique humide à bulles très-grosses, assez semblable au râle caverneux, mais en différant surtout en ce qu'il se fait entendre dans une plus grande étendue ; on entend aussi un retentissement prononcé de la voix ; la poitrine conserve sa sonoréité normale ; le malade éprouve une dyspnée ordinairement en rapport avec

l'intensité de la lésion. S'il existe une dilatation circonscrite, on entend un râle bronchique humide à bulles très-grosses, un souffle particulier analogue à la respiration caverneuse, un retentissement de la voix, qui quelquefois est parfaitement semblable à la voix caverneuse.

L'emphysème vésiculaire du poumon à un faible degré, et n'occupant qu'un espace peu étendu, est très-difficile à reconnaître; ni l'auscultation, ni la percussion, ni les symptômes généraux ne peuvent en constater l'existence d'une manière certaine; car, dans ce cas, le bruit naturel de la respiration, qui est tantôt plus faible, tantôt complètement nul, n'est remplacé par aucun bruit particulier; et si la sonorcité de la poitrine est plus grande que dans l'état normal, la différence est peu sensible. Si l'emphysème existe à un haut degré et dans une grande étendue du poumon, son diagnostic devient facile; la poitrine, percutée, rend un son manifestement plus clair que dans l'état normal; le bruit naturel de la respiration est remplacé par un bruit particulier, désigné par M. *Andral* sous le nom de *râle vésiculaire sec à bulles grosses, inégales et peu nombreuses;* le malade éprouve une dyspnée intense.

Formes symptomatiques diverses. La bronchite chronique peut se développer primitivement; plus fréquemment elle succède à une bronchite aiguë. Qu'elle soit primitive ou consécutive, ses symptômes locaux et généraux ne sont pas toujours, sous le rapport du nombre et de l'intensité, en raison directe du degré de la phlegmasie, de son siége, de l'âge et de la constitution de l'individu; ils ne se groupent pas dans tous les cas de la même manière. Chez quelques sujets, cette maladie ne révèle son existence que par des quintes de toux peu nombreuses et l'expectoration facile de quelques crachats blancs et opaques, ou demi-transparens et grisâtres : on n'observe aucun autre phénomène morbide; toutes les fonctions paraissent s'accomplir comme dans l'état normal; le malade conserve son appétit, son embonpoint et ses forces. Cette forme bénigne (catarrhe muqueux chro-

nique léger) de la bronchite chronique annonce en général une inflammation peu étendue de la membrane muqueuse de la fin de la trachée-artère et des premières divisions bronchiques; c'est chez les enfans et les adultes qu'on l'observe le plus ordinairement.

Dans le plus grand nombre des cas, à une toux pénible, qui se reproduit par quintes plus ou moins fréquentes, à l'expectoration laborieuse de crachats visqueux, opaques, blancs ou grisâtres, se joignent des douleurs vagues dans la poitrine, un sentiment de chaleur sous le sternum, une dyspnée plus ou moins intense, continue ou intermittente; il y a une diminution notable de l'appétit; les digestions se font mal; le malade perd ses forces. Ces symptômes diminuent d'intensité pendant les saisons chaudes, s'exaspèrent pendant les saisons froides. Cette forme (catarrhe muqueux chronique) de la bronchite s'observe plus fréquemment chez les vieillards; elle correspond souvent à l'inflammation de la membrane muqueuse des dernières ramifications des bronches, à des altérations organiques graves des parois bronchiques.

Dans quelques cas rares, aux symptômes locaux se joignent des phénomènes généraux nombreux et intenses; les quintes de toux sont pénibles, fatigantes; l'expectoration est abondante; les crachats sont opaques, puriformes, quelquefois doués d'une odeur fétide; la dyspnée est considérable; chaque soir le pouls s'accélère, la chaleur de la peau s'élève; l'appétit est nul; il y a quelquefois des vomissemens pendant les quintes de toux; le malade perd son embonpoint et ses forces; la soif s'allume: tous ces phénomènes s'exaspèrent pendant la nuit; il y a des sueurs matinales; il survient du dévoiement; l'amaigrissement fait de jour en jour des progrès rapides; la maladie se termine d'une manière funeste. Cette forme (phthisie muqueuse) de la bronchite simule la phthisie pulmonaire tuberculeuse; elle ne s'observe que chez des individus avancés en âge, ou dont la constitution a été détériorée.

On distingue encore d'autres formes de la bronchite chronique,

caractérisées par l'absence ou l'intensité considérable de tel ou tel symptôme : c'est ainsi qu'on observe quelquefois une toux fréquente, sans expectoration, très-peu ou point de dyspnée (toux nerveuse); toux fréquente sans expectoration, dyspnée considérable (asthme sec); toux accompagnée de l'expectoration peu abondante de crachats globuleux, très-petits, jamais mêlés d'air, d'un gris de perle et de consistance d'empois (catarrhe sec); expectoration abondante de crachats transparens, incolores, filans, et semblables à du blanc d'œuf délayé dans l'eau, ou à une solution de gomme arabique tenant en suspension quelques flocons opaques et visqueux (catarrhe pituiteux).

C'est surtout à l'aide des signes fournis par la percussion et l'auscultation que l'on peut distinguer, avec certitude, la bronchite chronique des autres maladies de l'appareil respiratoire. Cette distinction n'est difficile à établir qu'entre certaines formes de la bronchite chronique et la phthisie pulmonaire tuberculeuse. Lorsqu'il existe dans le poumon des tubercules nombreux, le son obtenu en percutant le point correspondant de la poitrine est obscur ou complètement mat, selon que leur nombre est plus ou moins grand, selon que le parenchyme pulmonaire environnant est plus ou moins induré : dans le même point, le bruit de la respiration vésiculaire est remplacé par la respiration bronchique, et en faisant parler le malade on y entend la voix bronchique. S'il existe une ou plusieurs excavations tuberculeuses, le son obtenu par la percussion est obscur ou complètement mat, selon que ces cavernes contiennent de l'air ou ne renferment que du liquide; on entend dans le point correspondant le râle caverneux, la respiration caverneuse, la voix caverneuse. Si, après avoir observé un malade avec attention dans différentes circonstances, à différentes heures de la journée, pendant un ou deux mois, on n'a obtenu aucun de ces signes plessimétriques et stéthoscopiques de la dégénération tuberculeuse du poumon, quels que soient d'ailleurs les phénomènes généraux présentés par ce malade,

on a la certitude qu'il n'est affecté que de simple bronchite chronique.

Il est cependant certains cas de bronchite dans lesquels les phénomènes donnés par l'auscultation présentent tant de ressemblance avec ceux des excavations tuberculeuses qu'il est souvent difficile, quelquefois impossible de les distinguer les uns des autres; c'est lorsqu'il existe une dilation des bronches. Si la dilatation est uniforme et occupe plusieurs tuyaux brochiques, il est encore facile de la distinguer d'une caverne; car, dans ce cas, les symptômes fournis par l'auscultation diffèrent manifestement de ceux d'une excavation tuberculeuse; ils s'entendent dans une plus grande étendue; et, en outre, ils peuvent s'observer dans une partie du poumon où les tubercules ne se développent presque jamais. Si la dilatation est circonscrite et a son siége au sommet du poumon, le diagnostic devient des plus embarrassant; on ne peut dissiper l'obscurité dont il est environné qu'en ayant recours aux autres symptômes de la maladie; et dans ce cas particulier on a la certitude qu'il n'existe point d'excavation tuberculeuse lorsqu'on obtient un son clair en percutant la poitrine, lorsque le malade n'éprouve pas de fréquence du pouls, de chaleur de la peau, de soif, de sueurs nocturnes partielles, si sa respiration est peu gênée, s'il ne maigrit pas, si ses forces diminuent à peine. Si la dilatation est circonscrite et a son siége au sommet du poumon, et qu'en même temps on observe quelques-uns des phénomènes généraux de la phthisie, la nature de la maladie reste nécessairement enveloppée d'une obscurité profonde. Enfin, il est encore une cause d'incertitude : comme l'observation a prouvé que, chez certains sujets prédisposés, des tubercules pouvaient se développer dans le poumon sous l'influence d'une phlegmasie de la membrane muqueuse des bronches (M. *Andral*, Clinique médical, 2e. édit., tom. 2), il serait nécessaire de pouvoir, dans ce cas particulier, reconnaître la présence des tubercules aussitôt après leur formation, lorsqu'ils sont encore peu nombreux et

disséminés dans un parenchyme pulmonaire sain ; mais ni la percussion, ni l'auscultation ne peuvent alors en révéler l'existence à l'observateur, tellement que si, chez un individu prédisposé en apparence à la phthisie pulmonaire, on a reconnu une bronchite chronique qui déjà a persisté pendant long-temps, quoiqu'il n'existât encore que les symptômes propres de cette maladie, on ne peut affirmer que les phénomènes de la dégénération tuberculeuse du poumon n'apparaîtront bientôt.

La bronchite chronique se termine par résolution, par le passage à l'état aigu, par extension au tissu pulmonaire, par la phthisie tuberculeuse, par le marasme et la mort ; quelquefois elle se prolonge indéfiniment. Les conditions qui entraînent chacune de ces différentes terminaisons sont parfois très-difficiles à déterminer ; en général, on peut espérer une terminaison favorable soit spontanée, soit due à l'action des moyens thérapeutiques, lorsque le sujet n'est pas très-âgé et que sa constitution n'a pas été détériorée ; s'il n'existe point de dilatation des bronches, d'emphysème vésiculaire du poumon ; si la phlegmasie de la membrane muqueuse bronchique ne coexiste point avec quelque maladie grave d'un organe important.

Causes prédisposantes et déterminantes. La bronchite chronique est endémique aux climats du nord ; elle règne surtout dans les lieux où l'atmosphère contient habituellement une grande quantité de vapeurs aqueuses, et subit de fréquentes et brusques variations de température : dans ces lieux elle se développe principalement pendant les saisons froides, lorsque les variations de la température atmosphérique sont à leur maximum d'intensité. C'est au printemps que le nombre des individus affectés de cette maladie est le plus grand, et à la fin de l'été qu'il est le plus petit. La bronchite chronique s'observe chez les enfans, chez les vieillards, chez les individus doués d'une constitution débile, qui développent peu de chaleur vitale ; chez les personnes impressionables, affaiblies par une cause quelconque : l'adulte doué

d'une constitution robuste, dont tous les organes sont bien développés et possèdent une grande énergie vitale, est exempt de cette maladie. La cause déterminante la plus ordinaire de la bronchite soit aiguë, soit chronique, et l'impression subite du froid sur toute l'étendue ou sur une partie seulement de la peau, pendant que le corps est échauffé ou en sueur; le refroidissement long-temps prolongé d'une partie du corps la produit aussi quelquefois; elle prend encore naissance sous l'influence du contact immédiat d'un air froid sur la membrane muqueuse des bronches. De ces faits il résulte que deux conditions sont nécessaires à la production de la bronchite chronique; l'une dépend des influences extérieures auxquelles l'individu est soumis : c'est l'action d'un air froid et humide, c'est la transition d'une température élevée à une température basse; l'autre appartient à l'individu : c'est une résistance vitale peu énergique. Partout où ces conditions existent, la bronchite devient fréquente; là où elles n'existent pas, cette maladie ne s'observe point.

Moyens thérapeutiques. Le traitement de la bronchite chronique, comme celui de la plupart des maladies, varie, d'après les circonstances, selon l'ancienneté et l'intensité de la phlegmasie, selon l'âge et la constitution du sujet. Dans toute maladie produite par une cause qui agit d'une manière permanente, la première indication est de soustraire le malade à l'action de cette cause. Dans le cas de bronchite chronique en particulier, il suffit souvent de l'accomplissement de ce précepte pour que la maladie ait d'elle-même une terminaison heureuse : c'est ainsi que, chaque année, au retour de la saison de l'été, on voit disparaître spontanément un certain nombre de phlegmasies chroniques des bronches abandonnées à elles-mêmes, qui avaient persisté jusqu'à ce moment, parce que les malades n'avaient pas cessé d'être soumis à l'action du froid et de l'humidité. Les moyens actifs par lesquels les praticiens combattent cette maladie, sont divers et nombreux. Ils appartiennent principalement à trois

classes différentes d'agens thérapeutiques, à celle des antiphlogistiques proprement dits, à celle des toniques et excitans, à celle des révulsifs. Les saignées générales sont très-rarement indiquées dans le cours de la bronchite chronique. On les a néanmoins employées avec succès chez quelques individus sanguins menacés de suffocation imminente. Les saignées locales ne trouvent aussi que rarement une application avantageuse ; on y a recours dans quelques bronchites qui, entretenues et renouvelées par des causes extérieures, conservent encore, après plusieurs mois, un caractère aigu. On les emploie encore lorsque le malade éprouve dans la poitrine une chaleur incommode. Dans ces cas peu nombreux, où certains accidens réclament les émissions sanguines, soit générales, soit locales, on ne doit les employer qu'avec ménagement. Lorsque la maladie n'est pas très-ancienne, lorsque le sujet n'est point très-affaibli, s'il conserve encore son embonpoint et ses forces, ce sont les boissons dites *émollientes*, *gommeuses*, *pectorales*, le régime lacté, l'usage des alimens doux, d'une facile digestion, que prescrivent la plupart des praticiens. Ces moyens n'exercent pas en général une bien grande influence sur la marche de la maladie ; ce n'est qu'après avoir continué leur emploi pendant un temps plus ou moins considérable, que l'on voit les symptômes s'amender et disparaître. Si la maladie est ancienne, si elle a résisté à l'action des moyens précédemment indiqués, chez les vieillards affaiblis par l'âge, chez les individus épuisés, plongés dans le marasme, on a généralement recours à l'usage des boissons dites *toniques* et *excitantes*, de certaines eaux minérales sulfureuses ; on prescrit en même temps des alimens nourrissans et réparateurs. Pendant que le malade est soumis à l'usage, soit des boissons émollientes et pectorales, soit des boissons toniques et excitantes, on cherche souvent à favoriser l'action de ces moyens par l'emploi de certains agens irritans, que l'on désigne sous le nom de *révulsifs ;* c'est ainsi que l'on applique soit un vésicatoire, soit un cautère, soit des ventouses. Il est un agent dont l'action révulsive s'exerce sur la membrane muqueuse gastro-intestinale, qui a

été conseillé par plusieurs auteurs, c'est le tartrate de potasse et d'antimoine administré à dose vomitive. Cette substance, introduite dans l'estomac, détermine une vive irritation de ce viscère, et en même temps disparaissent les symptômes de la phlegmasie bronchique. Ce moyen réussit surtout chez les enfans et les adultes, lorsque la maladie vient de passer de l'état aigu à l'état chronique, lorsque des altérations organiques graves ne se sont pas encore développées, si le tube digestif est dans son état physiologique, si le malade est exempt de fièvre : l'expérience en a souvent constaté l'efficacité.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* PARISET).

I.

Duobus doloribus simul obortis, non in eodem loco, vehementior obscurat alterum. *Sect.* 2, *aph.* 46.

II.

Morborum acutorum non omninò tutæ sunt prædictiones, neque mortis, neque sanitatis. *Ibid.*, *aph.* 19.

III.

Ad extremos morbos extrema remedia. *Sect.* 1, *aph.* 6.

IV.

Lassitudines spontè obortæ morbos denuntiant. *Sect.* 2, *aph.* 5.

V.

Mutationes anni temporum maximè pariunt morbos; et in ipsis temporibus mutationes magnæ tùm frigoris tùm caloris, et cætera pro ratione eodem modo. *Sect.* 3, *aph.* 1.